#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1059

##### Ф.И.О: Головейко Лариса Степановна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Воронина 72а - 65

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 02.09.15 по 15.09.15 в энд. отд.

Диагноз: Диффузный токсический зоб 1 ст. ср. тяжести, впервые выявленный. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Тревожный с-м, инсомния. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Двухстворчатый механический протез митрального клапана (градиент 6,29 мм.рт.ст.). Трикуспидальная регургитация до Ш ст. тромбирования протеза, тромболизис 2012. Имплантация ЭКС (2011) постоянная форма фибрилляции предсердий. СН II А .ф. кл II. Вторичная лейкопения.

Жалобы при поступлении на головокружение, боли в сердце, дрожь в теле, эмоциональная лабильность, потливость, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: В анамнезе ревматизм с детства. В 2011 прооперирована дважды в кардиохирургии ЗОКБ – Протезирование митрального клапана, ЭКС. Обследована в 2012 ТТГ – 1,19 (0,4-4,0) Т4 св – 17,1 10,3-24,4). АТТПО < 10,0 от 21.04.12. В дальнейшем наблюдалась кардиологом. Со слов в течении 2х лет принимала кордарон по поводу мерцательной аритмии. ТТГ – 0,1 (0,4-4,0) от 15.05.15; АТТО – 15,94 ( <34,0), Т4св – 34,33 (12,3-20,2) Т3св- 6,51 (3,1-6,8), от 04.06.15 от 04.06.15 С 02.08.15-18.08.15 получала стац лечение в кардиохирургии ЗОКБ, где была осмотрена эндокринологом, обследована. Т4св – 82,23 от 28.08.15. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для лечение тиреотоксикоза.

Данные лабораторных исследований.

03.09.15 Общ. ан. крови Нв – 117г/л эритр – 3,8 лейк –5,7 СОЭ – 4мм/час

э- 0% п-1 % с72- % л- 22 % м-4 %

14.09.15 Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр – 3,7 лейк –3,2 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п- 0% с- 61% л-32 % м- 6%

03.09.15 Биохимия: СКФ –73,5 мл./мин., хол –3,7 тригл -0,9 ХСЛПВП -0,74 ХСЛПНП -2,5 Катер -4,0 мочевина –5,4 креатинин – 88 бил общ –26,3 бил пр –6,6 тим – 0,5 АСТ – 0,70 АЛТ –0,97 ммоль/л;

11.09.15 ТТГ –52,8 (0,3-4,0) Мме/мл

07.09.15ПТИ 76,3 %

04.09.15 Са – 2,17 ммоль/л

### 03.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – в п/зр белок – 0,02 ацетон –2++; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

### 10.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

03.09.15 глик гемоглобин – 5,1 ммль/л

04.09.15Невропатолог: Тревожный с-м, инсомния.

04.09.15Окулист: (осмотр в палате)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. вены обычнчного калибра.. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.09.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.09.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

14.09.15 Гематолог: Вторичная лейкопения.

07.09.15Кардиолог: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Двухстворчатый механический протез митрального клапана (градиент 6,29 мм.рт.ст.). Трикуспидальная регургитация до Ш ст. тромбирования протеза, тромболизис 2012. Имплантация ЭКС (2011) постоянная форма фибрилляции предсердий. СН II А .ф. кл II.

ЭХО КС: Аритмия В митральной позиции визуализируется протез МК, функция не нарушена средний градиент 6,29 ммрт.ст. умеренная дилатация ЛП и ПП. Трикуспидальная регургитация до 3 ст. краевой фиброз створок Аок ,раскрытие створок достаточное, регургитация 1 ст, В правых камерах сердца визуализируется два электрода ЭКС. признаки умеренной легочной гипертензии

11.09.15Кардохирург: ХРБС митрально трикуспидальный порок, СПО: 2011 протезирование МК, тромбоз протеза МК (2012) тромболизис полным растворением тромба постоянная форма мерцательной аритмии СПО: пост. ЭКС ДДД с 11.2011 СН II А. Диффузный токсический зоб, средней тяжести. Функция протеза МК не нарушена.

09.08.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см выше.

14.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,8 см3; лев. д. V = 10,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: дигоксин, мерказолил, индапрес, трифас, бисопролол, синкомар, персен,

Состояние больного при выписке: уменьшились слабость, утомляемость, дрожь в теле не беспокоят. АД 110/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, кардиохирурга по м\жит.
2. Мерказолил (Тирозол, метизол, эспа-карб) 5мг 2т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
3. Рек. кардиолога: трифас 10 мг р\д, дигоксин ½ т , бисопролол 5-10 мг 1р\д (лакрен), престариум 2,5-5 мг 1р\д. синкомар ½ – ¾ ч/з день контроль ПТИ.
4. Рек кардиохирурга: лакрен 10 мг утром, предуктал MR 2т 2р/д 1 мес, затем 1т 2р\д 2 мес, синкомар 2 мг по схеме 1,75 мг ч/з чень 1,5 мг ( ПТИ 45%-60%) престариум 2,5 мг ежедневно.
5. Рек. невропатолога: продолжить прием пароксина.
6. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес. Контр ТТГ, Т4св ч/з месс. Контр ОАК ч/з 10 дней.
7. Рек. гематолога: Дан совет по питанию. Согласно клиническим протоколам в данном случае применение медикаментозной терапии не показано.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.